

# お薬連絡票（塗り・目薬用）

提出日：令和      年      月      日

依頼先	わらび星の子保育園					
児童名		保護者氏名	⑩			
病名		病院名				
		病院での処方日				
薬の名前と種類	薬の名前	塗り薬	点眼	計（      ）個		
	薬の名前	塗り薬	点眼			
	薬の名前	塗り薬	点眼			
	薬の名前	塗り薬	点眼			
薬の内容						
与薬する時間						
与薬するときの注意事項						
使用日	/	/	/	/	/	/
受付者サイン						
与薬者サイン						
実施状況など						

- 使用予定日をはじめにすべて記入してください。
  - 記入漏れのないようお願いします。
  - 毎回お返ししますので、その都度お薬一回分と連絡票を持参してください。
  - お薬連絡票は、最終日に回収します。（一週間で一枚）
  - 捺印を忘れずにしてください。（拇印可）
  - 薬1回分とお薬連絡票は、必ず職員に手渡ししてください。
- ※以上の事を守っていただけない場合は、投与できない事がありますのでご注意ください。